



СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Журнал «Современная стоматология» включен в наукометрические базы данных:
«Джерело», РИНЦ eLIBRARY.RU, Science index и Google Scholar

R.O.C.S.
DENTISTRY

VOCO
THE DENTALISTS

DR REDDY'S

Німесил®

30 пакетики з гранулятом для приготування суспензії
100 мг в кожній пакетиці по 100 мг два рази на добу
курс лікування до 15 днів

Німесил®
Німесил®. Дієтичний препарат, нестероїдний препарат.
30 порційних пакетиків по 3 г гранул.
Для приготування суспензії для внутрішнього застосування.

- ❶ висока гастроінтестинальна безпека¹
- ❷ ефективне зниження PGE₂, IL-1, IL-6, субстанції P²
- ❸ додаткове блокування матриксних металопротеаз³

BERLIN-CHEMIE MENARINI



2 (71) 2014

Віддалені результати лікування захворювань тканин пародонту в дітей зі сколіозом

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета. Розробити раціональну методику лікування захворювань пародонту, спрямовану на скорочення рецидивів, залежно від стану кісткової тканини у хворих на сколіоз.

Пацієнти та методи. Проведено лікування зубощелепних аномалій та захворювань пародонту у дітей, які страждають на сколіоз різної локалізації та різного ступеня тяжкості з ознаками остеопенічного синдрому. Пацієнти розподілені на чотири групи по 24 дитини – три основні та група порівняння. Розроблений та застосований метод медикаментозної корекції остеопенічних станів альвеолярного відростка.

Результати. Розроблений нами лікувально-профілактичний комплекс показав високу ефективність, що відзначалося зниженням кількості рецидивів захворювань пародонту після закінчення ортодонтичного лікування.

Висновки. Оцінка стану тканин пародонту на тлі розробленого лікувального комплексу показала його високу ефективність, що проявлялося зменшенням індексу РМА на 98,4% у порівнянні з вихідним рівнем та низьким рівнем рецидивів захворювань пародонту.

Ключові слова: сколіоз, остеопенічний синдром, захворювання пародонту, рецидиви.

Вступ

Сучасні літературні джерела свідчать, що виникнення, інтенсивність, частота, а також тяжкість клінічного перебігу карієсу зубів, уражень тканин пародонту, деформації щелепних кісток у значній мірі зростають при соматичній патології, знаходячись у прямій залежності від ступеня компенсації захворювання внутрішніх органів і систем. Серед загальносоматичних захворювань дітей набув поширеність сколіоз: за даними різних авторів, його поширеність становить від 5,7 до 60 %. Сучасні дослідники пов'язують сколіоз з остеопенією та порушеннями обміну речовин у сполучній тканині. Зубощелепна система, будучи ланкою кістково-м'язової системи, зазнає ті самі метаболічні перетворення, що і вся кісткова тканина організму. При дисплазії сполучної тканини, яка має місце при сколіозі, досить поширені захворювання пародонту – від 32,3 до 100 %. Ряд авторів вважають, що порушення, які розвиваються при дисплазії сполучної тканини, патологія прикусу, гемодинамічні зсуви в системі мікроциркуляції, порушення тканинного імунітету сприяють розвитку запальних захворювань пародонту. Тому вірогідність виникнення рецидивів захворювань пародонту після лікування досить висока.

Мета: розробити раціональну методику лікування захворювань пародонту, спрямовану на зменшення проявів рецидивів, залежно від стану кісткової тканини у хворих на сколіоз.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань були обстежені 96 пацієнтів віком від 12 до 17-ти років, які звернулись по ортодонтичну допомогу. Така вікова категорія була вибрана у зв'язку з тим, що саме в цьому віці спостерігаються погіршення перебігу сколіотичної хвороби та збільшення частоти зубощелепних аномалій. Із них 24

(25,0±4,4 %) пацієнта не мали загальносоматичної патології, 10 (10,4±3,1 %) пацієнтів були зі сколіозом III–IV ступеня важкості, 12 (12,5±3,4 %) – зі сколіозом II ступеня важкості різної локалізації, 50 (52,1±5,1 %) – зі сколіозом I ступеня важкості. Усі обстежені пацієнти лікувалися з приводу скупченості зубів. Слід відзначити, що виділені чотири групи пацієнтів можна було порівнювати за віком ($p > 0,10$), статтю ($p > 0,30$), ступенем звуження зубних рядів ($p > 0,60$), а групи хворих зі сколіозом – за ступенем сколіозу ($p > 0,80$) (табл.).

Перша група (порівняння) – 24 практично здорових пацієнти (9 хлопчиків, 15 дівчат, середній вік ($M \pm m$) – 14,9±0,2 року). Тканини пародонту інтактні.

Друга група – 24 пацієнти, хворих на сколіоз (III–IV ступінь сколіозу мали 3 хворих, II – 5 хворих, I – 16 хворих). Серед них було 6 хлопців, 18 дівчат, середній вік склав 14,8±0,2 року. Усі вони отримували традиційне ортодонтичне лікування та професійну гігієну порожнини рота.

Третя група – 24 пацієнти, хворих на сколіоз (III–IV ступінь сколіозу мали 4 хворих, II – 4 хворих, I – 16 хворих). Серед них було 7 хлопців, 17 дівчат, середній вік склав 14,0±0,3 року. Окрім вищезгаданого лікування, після лікування призначався препарат «Кальцій – D3 Нікомед».

Четверта група – 24 пацієнти, хворих на сколіоз (III–IV ступінь сколіозу мали 3 хворих, II – 5 хворих, I – 16 хворих). Серед них було 7 хлопців, 17 дівчат, середній вік склав 14,2±0,3 року. Після лікування призначався препарат «Бурштинова кислота з вітаміном С» 0,25 мг по одній таблетці два рази на день після їжі, потім уживання препарату «Кальцій-D3 Нікомед» по одній таблетці два рази на день після їжі впродовж місяця. Місцево призначався ультрафонофорез 5 % масляного розчину ацетату токоферолу, який проводять по чергово з опроміненням ділянки альвеолярного

Віддалені результати лікування

Таблиця

Групи	Рецидиви гінгівіту		Індекс РМА	Гігієнічний індекс
	n	P±m, %		
I (n = 20)	0	0 ²	0 ^{2,3}	1,36±0,05 ²
II (n = 18)	16	88,9±7,4 ^{1,3,4}	13,62±1,48 ^{1,3,4}	2,09±0,07 ^{1,3,4}
III (n = 17)	5	29,4±11,1 ²	3,57±1,44 ^{1,2}	1,64±0,13 ²
IV (n = 19)	2	10,5±7,0 ²	1,50±1,05 ²	1,54±0,08 ²

Примітка. 1, 2, 3, 4 – p < 0,05 порівняно з I, II, III, IV групами відповідно.

відростка світлом гелій-неонового лазера. У пацієнтів другої, третьої та четвертої груп спостерігався хронічний катаральний гінгівіт переважно в генералізованій формі. Усім пацієнтам проводилось ортодонтичне лікування скученості зубів за допомогою незнімної апаратури.

Результати та їх обговорення

Аналіз результатів лікування у виділених групах дозволив установити такі закономірності. Гігієнічний індекс до ортодонтичного лікування був достовірно вище в пацієнтів зі сколіозом. У процесі ортодонтичного лікування показник виріс у пацієнтів усіх груп, а після лікування знизився. Даний факт свідчить про те, що незнімна апаратура погіршує гігієну порожнини рота, проте цей фактор впливає на розвиток захворювань тканин пародонту по-різному й завжди є вирішальним.

Пацієнти першої групи до початку ортодонтичного лікування мали інтактний пародонт. Індекс РМА на початку ретенційного періоду в пацієнтів цієї групи зріс до 1,98±0,70 % (p < 0,05), що свідчить про запалення тканин пародонту в зоні окремих зубів, і це може бути пов'язано з дією місцевих факторів. Після зняття ортодонтичної апаратури запальні явища у тканинах пародонту були ліквідовані. У пацієнтів другої, третьої та четвертої груп до початку ортодонтичного лікування спостерігався хронічний катаральний гінгівіт практично однакового ступеня вираженості (при всіх порівняннях індексу РМА між групами p > 0,90 за критерієм Дункана). На підставі клініко-рентгенологічного дослідження пародонту в усіх 72 хворих на сколіоз діагностували хронічний катаральний гінгівіт. Показник РМА в середньому склав 24,54±1,7 %, що свідчить про легкий ступінь хронічного катарального гінгівіту. У хворих на сколіоз частіше мала місце генералізована форма захворювання. Вони частіше скаржились на кровоточивість ясен при чищенні зубів, прийомі твердої їжі. На відміну від соматично здорових дітей, практично в усіх хворих із зубощелепними аномаліями на тлі сколіозу виявлялись явища остеопорозу в міжальвеолярних перетинках при збереженні їх висоти та кортикальної пластинки. Пацієнти групи порівняння захворювань пародонту не мали. Індекс гігієни в обстежених хворих без загально соматичної патології в середньому склав 1,46±0,06, що оцінюється як «задовільний», а в пацієнтів, хворих на сколіоз, індекс гігієни в середньому склав 2,19±0,08, що оцінюється як «незадовільний стан».

Перед фіксацією ортодонтичної апаратури було проведено лікування захворювань пародонту. У пацієнтів другої групи спостерігався рецидив гінгівіту, індекс РМА зріс на 19,7 % (p < 0,001), після закінчення ортодонтичного лікування запальні явища у тканинах пародонту

залишалися, але індекс РМА знизився на 48,3 % у порівнянні з вихідним рівнем (p < 0,001) і склав 12,69±1,17 %. У пацієнтів третьої та четвертої груп уже на початку ретенційного періоду відзначалося зниження індексу РМА – на 31,7 і 91,4 % відповідно по групах (p < 0,001). Подальша динаміка показника в цих групах також була суттєвою (зниження на 85,8 і 98,4 % у порівнянні з вихідним рівнем) і більш вираженою в пацієнтів четвертої групи, де був досягнутий рівень здорових підлітків (p > 0,90).

Віддалені результати лікування оцінювалися через 12 місяців після закінчення ретенційного періоду ортодонтичного лікування. На прохання прийти на обстеження в силу різних обставин відгукнулись не всі пацієнти – 74 особи з 96 пролікованих раніше (77,1 %). Серед пацієнтів першої групи захворювання пародонту не спостерігались. Індекс гігієни – 1,36±0,05 розцінюється як хороший. У пацієнтів другої групи рецидив хронічного катарального гінгівіту – у 16 осіб (88,9±7,4 %). Індекс РМА (13,62±1,48 %) свідчить про легку форму цього захворювання, гігієнічний індекс 2,09±0,07 свідчить про незадовільний стан гігієни порожнини рота. У пацієнтів третьої групи рецидиви хронічного катарального гінгівіту визначені у 5 (29,4±11,1 %), гігієнічний індекс задовільний, індекс РМА 3,57±1,44 % свідчить про легку локалізовану форму цього захворювання. У пацієнтів четвертої групи рецидив гінгівіту мав місце лише у двох осіб (10,5±7,0 %), легка локалізована форма захворювання (індекс РМА – 1,50±1,05 %), гігієнічний індекс 1,54±0,08 свідчить про задовільний стан гігієни.

Оцінюючи віддалені результати, можна сказати, що рецидиви хронічного катарального гінгівіту спостерігались у пацієнтів, хворих на сколіоз, у всіх трьох групах, але найнижчим він був у пацієнтів четвертої групи – 10,5±7,0 %, а найвищим у пацієнтів другої групи – 88,9±7,4 % (p < 0,001 порівняно з іншими групами за критеріями χ^2 і Фішера). Гігієнічний індекс також був найгіршим у пацієнтів другої групи – 2,09±0,07, що розцінюється як «незадовільний» (p < 0,01 порівняно з іншими групами за критерієм Дункана). Вищезгадані результати свідчать про те, що найбільш удаюю виявилася запропонована нами схема лікування в четвертій групі, що дозволило наблизити кінцеві результати лікування пацієнтів з остеопенією до таких самих у практично здорових пацієнтів.

Висновки

Оцінка стану тканин пародонта на тлі розробленого лікувального комплексу показала його високу ефективність, що проявлялося зниженням індексу РМА на 98,4 % у порівнянні з вихідним рівнем і низьким рівнем рецидивів захворювань пародонту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вавилова Т.П. Использование показателей смешанной слюны в оценке состояния тканей пародонта / Т.П. Вавилова, Л.Н. Штрунова, С.В. Шишкин, В.С. Шишкин // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 10–13.
2. Вавилова Т.П. Исследования растворимого остеокластактивирующего фактора и остеопротегерина в смешанной слюне пациентов с пародонти том / Т.П. Вавилова, Г.С. Пашкова, В.М. Гринин // Российский стоматологический журнал. – 2010. – № 2. – С. 11–13.
3. Галкина О.П. Особенности состояния зубочелюстной системы у подростков со сколиозом / О.П. Галкина, Е.И. Жучко // Современная стоматология. – 2010. – № 1. – С. 79–80.
4. Голованова Н.Ю. Минеральная плотность костной ткани при системных заболеваниях соединительной ткани у детей / Н.Ю. Голованова // Российский педиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 4–10.
5. Грудянов А.И. Методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта: Руководство для врачей / А.И. Грудянов, О.А. Зорина. – М.: ООО «МИА», 2009. – 112 с.
6. Ермак Т.А. Остеопенический синдром у детей, больных с идиопатическим сколиозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, специальность 14.01.10 «педиатрия» / Т.А. Ермак. – Харьков, – 2001. – 20 с.
7. Казьмин А.И. Сколиоз / А.И. Казьмин, И.И. Кон, В.Е. Беленький. – М.: Медицина, 1981. – 272 с.
8. Латышев О.Ю. Представление о дисплазии соединительной ткани. Стоматологические заболевания и изменения в челюстно-лицевой области при дисплазии соединительной ткани / О.Ю. Латышев // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2006. – № 1–2. – С. 25–27.
9. Перова Е.Г. Профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «стоматология» / Е.Г. Перова. – Омск, 2000. – 25 с.
10. Руденко М.М. Особливості стану зубощелепної системи у школярів з патологією опорно-рухового апарату / М.М. Руденко, С.В. Радюкіна, О.М. Ославський та ін. // Одеський медичний журнал. – 2001. – № 1 (63). – С. 27–30.
11. Сегал М.М. Розповсюдженість і взаємозв'язок зубощелепних деформацій із супутньою функціональною патологією / М.М. Сегал // Вісник стоматології. – 2003. – № 2. – С. 62–64.
12. Чаклин В.Д. Сколиозы и кифозы / В.Д. Чаклин, Е.А. Аболмасова. – М.: Медицина, – 1973. – 256 с.
13. Шевченко С.Д. Изменения минеральной плотности костной ткани и биохимических показателей у детей, больных сколиозом / С.Д. Шевченко, Т.А. Ермак // Проблемы остеологии. – 1999. – Т. 2, № 2. – С. 28–29.
14. Шевченко С.Д. Остеопения у больных сколиозом детей / С.Д. Шевченко, Т.А. Ермак // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. – № 4. – С. 71–74.

Отдаленные результаты лечения заболеваний тканей пародонта у детей со сколиозом

В.А. Дрок

Цель. Разработать рациональную методику лечения заболеваний пародонта, направленную на сокращение рецидивов, в зависимости от состояния костной ткани у больных сколиозом.

Пациенты и методы. Проведено лечение зубочелюстных аномалий и заболеваний пародонта у детей, страдающих сколиозом различной локализации и степени тяжести с признаками остеопенического синдрома.

Пациенты разделены на четыре группы по 24 ребенка – три основные и группа сравнения. Разработан и применен метод медикаментозной коррекции остеопенических состояний альвеолярного отростка.

Результаты. Разработанный нами лечебно-профилактический комплекс показал высокую эффективность, что выразилось в снижении количества рецидивов заболеваний пародонта после окончания ортодонтического лечения.

Выводы. Оценка состояния тканей пародонта на фоне разработанного лечебного комплекса показала его высокую эффективность, что проявилось уменьшением индекса РМА на 98,4 % в сравнении с исходным состоянием и низким уровнем рецидивов заболеваний пародонта.

Ключевые слова: сколиоз, остеопенический синдром, заболевания пародонта, рецидивы.

Long-term results of treatment of periodontal disease of children with scoliosis

V.Drok

Purpose. Develop a rational method of treatment of periodontal disease, aimed at reducing recurrence, depending on the state of the bone tissue in patients with scoliosis.

Patients and methods. The treatment of dentofacial anomalies and periodontal disease in children with scoliosis different localization and severity of the syndrome with signs of osteopenia.

The patients were divided into four groups of 24 children – three major and a comparison group. Developed and applied the method of drug correction osteopenic states alveolar bone.

Results. We have developed therapeutic and preventive complex showed high efficiency, which was reflected in the reduction in the recurrence of periodontal disease after orthodontic treatment.

Conclusions. Assessment of periodontal tissue developed on the background of a medical complex has shown its high efficiency, as demonstrated by a decrease in the PMA index by 98.4 % in comparison with baseline and low recurrence of periodontal disease.

Keywords: scoliosis, osteopenic syndrome, periodontal disease relapses.

Дрок Вікторія Олександрівна – асистент кафедри стоматології факультета післядипломної освіти
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ».

Адреса: 50007, м. Кривий Ріг, вул. Гагаріна, 74, к.В. 391.

Тел.: (0564) 74 97 50.

E-mail: drokviktoriia@ua.ru.